

Benign On Tanıfı Jinekolojik Operasyonlarda Malignite Saptanma İnsidansı

MALIGNANCY INCIDENCE IN GYNEACOLOGICAL OPERATIONS FOR PRESUMED BENIGN CONDITIONS

Berna ÖZBEY DİLBAZ*, Müberra KOÇAK**, Özlem PATA***, Necla ÇETİN****, Ali HABERAL*****

* Uz.Dr.,SSK Ankara Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi Klinik Şef Yardımcısı,
** Uz.Dr.,SSK Ankara Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi Başasistanı,
*** Dr.,SSK Ankara Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi Asistanı,
**** Prof.Dr.,SSK Ankara Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi Klinik Şefi,
*****Uz.Dr.,SSK Ankara Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi Klinik Şefi, ANKARA

Özet

Amaç: Bu çalışmada benign nedenlerle opere edilen olgularda malignite insidansını saptamak ve optimal tanı yöntemlerini gözden geçirmek amaçlandı.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: SSK Ankara Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi.

Materyel ve Metod: Hastanemiz Jinekoloji kliniğinde, 1 Ocak 1993- 31 Aralık 1994 yılları arasında henüz ön tanıla opere edilen 1531 olgu retrospektif olarak incelendi. Olguların semptomları, klinik, laboratuvar ve patoloji raporlarına dayalı ön tanıları ile postoperatif histopatolojik kesin tutulan karşılaştırıldı.

Bulgular: Hasta grubumuzda intra ve/veya postoperatif malign lüstopaloloji insidansı %1.8 (27 olgu) olarak saptandı. 27 olgunun altısı leiomyosarkom, dördü endometriyal kanseri, 15'i övör karsinomu, biri gastrointestinal sistem kanseri, biri tuba karsinomu olup olguların tümü erken evre ve düşük grade idi.

Sonuç: Mevcut tanı yöntemlerinin avantajlarına rağmen bazı malignitelerde preoperatif tanı mümkün olamamaktadır. Preoperatif ön tanıların postoperatif histopatolojik tanıların karşılaştırılması preoperatif optimal tanı yöntemlerinin saptanması ve kliniklerin endikasyonlarını doğrulamaları açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler; Malignite ayırımı, Tümör belirteçleri, Optimal tanı yöntemleri, Jinekolojik operasyonlar

T Klin Jinekoloj Obst 1998, 8:35-41

Geliş Tarihi: 24.10.1997

Yazışma Adresi: Berna ÖZBEY DİLBAZ
Mithatpaşa cad. 59/3 ANKARA

2-6 Haziran 1996 tarihlerinde yapılan 1.Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi 'nde poster olarak sunulmuştur.

Summary

Objective: This retrospective study was undertaken to assess our malignancy incidence and the ability of preoperative diagnostic methods to predict the likelihood of malignancy in gynecological operations.

Institution: SSK Ankara Maternity and Women's Teaching Hospital.

Materials and Methods: Between January 1, 1993 and December 31, 1994, 1531 women with presumed benign gynecological pathology were operated in our hospital. Patient charts were reviewed for presenting symptoms and physical findings, radiological evaluation and laboratory findings before operations. Pathology and evtoT ogy reports were compared with the final postoperative histopathological diagnosis.

Results: The incidence of Intra and/or postoperative malignant pathologies was 1.8% (27 cases) in our patient group. Six of 27 were leiomyosarcomas, four cases were endometrial carcinoma, 15 cases were ovarian carcinoma, one patient had gastrointestinal system carcinoma and one case was diagnosed as tubal carcinoma. All malignant cases were to be in early stage and low grade.

Conclusion: Despite advances in preoperative diagnostic methods, it is not always possible to predict some malignancies. Each gynecological clinic should assess its accuracy of preoperative indications by comparing preoperative diagnosis with postoperative histopathological diagnosis.

Key Words: Malignancy discrimination, Tumor markers, Optimal diagnostic methods. Gynecologic operation

T Klin J Gynecol Obst 1998, 8:35-41

Jinekolojik nedenlerle operasyona alınan olgularda preoperatif benign- malign ayırımının yapılması tedavinin planlanması açısından önem taşır. Preoperatif dönemde malign olarak değerlendirilmiş olgularda, eğitilmiş cerrahi ekip tarafın-

dan gerçekleştirilecek optimal cerrahi yaklaşım, hastanın yaşam süresi ve kalitesini etkilemektedir. Bcnign nedenlerle yapılan operasyonlarda intra ve / veya postoperatif malignite saptanması ve hastaya sitoredüktif cerrahi uygulanamaması, ikinci bir cerrahi girişim gereksinimi doğurabilmektedir.

Preoperatif değerlendirmede kullanılan laboratuvar teknikleri; ultrasonografi, tümör belirteçlerinin saptanması, sitolojik ve histopatolojik tetkikler, malignite ayırımını yapmakta her zaman yeterli olmamaktadırlar. Bu nedenle malign- bcnign ayırımını % 100 doğrulukla verebilen yöntemler geliştirilmeye çalışılmaktadır (1).

Kadın genital organlarının en sık görülen tümörü olan lciomyomların leiomyosarkomlardan, adnksiel kitlelerden ayırımı zordur. Myoma nedeni ile opere edilen hastalarda lciomyosarkom (LMS) saptanma insidansı %0.2-0.7 arasında verilmektedir (2,3). Lciomyosarkomlar çoğunlukla bcnign lciomyom nodülü içerisinde lokalizedir ve kesin tanı histopatolojik kesitlerde konulabilmektedir. En sık görülen genital malignite olan endometrium kanseri anormal uterin kanama, postkoital kanama, lökore gibi semptomlar verir. Endometrium kanseri tanısında kullanılan değişik histolojik örnekleme yöntemlerinin tanısal doğruluk oranı % 90 civarında olup, %8-10 olguda yanlış negatif sonuç verebilmektedirler (1,3,4).

SSK Ankara Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesinde iki yıllık zaman diliminde bcnign ön tanı konularak opere edilen olgularda malignite insidansı retrospektif olarak araştırıldı.

Materyel ve Metod

SSK Ankara Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi nde 1 Ocak 1993 - 31 Aralık 1994 yılları arasında preoperatif değerlendirmede malignite düşünülmeyen ve bcnign ön tanımlarla opere edilen 1531 olgu retrospektif olarak incelendi. Olguların 812'si lciomyom; 133'ü tedaviye dirençli kanama (TDK); 160'ı över kisti; 146'sı pelvik kitle; 11'ü total / subtotal prolapsus; 90'ı ektopik gebelik; 804 endometrial hiperplazi ön tanımları ile opere edildi.

Tüm olgulardan sırasıyla anamnez alındı; fiziksel, jinekolojik muayene, ultrasonografi (USG), probe küretaj yapıldı. Över kisti ve/veya

pelvik kitle düşünülen olgulardan ek olarak tümör belirteçleri (Ca₁₂₅, aFP, phCG); gereken olgulardan komputurize tomografi (CT), asit sitolojisi, gastro intestinal sistem (GIS) taramaları, ektopik gebelik düşünülen olgulardan ise (3hCG araştırmaları yapıldı. Olguların yaşı, paritesi, mevcut semptomu, klinik, patolojik ve laboratuvar bulgularıyla oluşturulan preoperatif ön tanımları, postoperatif histopatolojik kesin tanımları ile karşılaştırmalı olarak analiz edildi. Ca125 eşik değeri 65 UV mi olarak alındı ve preoperatif değerlendirmede malign düşünülen olgular çalışma dışı bırakıldı.

Tüm pre ve postoperatif histo ve sitopatolojik materyaller hastanemizde aynı patoloji ekibi tarafından değerlendirildi. Ultrasonografiler 3,5 mHz'lik abdominal, 5 mHz'lik vaginal probe kullanılarak General Electric Rx 3600 marka USG ile yorumlandı. Ca125 aFP, bhCG immüno radyometrik assay (IRMA) yöntemi ile bakıldı. Malign olgular FİGO 1985 sistemine göre cvrclendi.

Sonuçlar

Bcnign nedenlerle opere edilen 1531 olgunun 27'sinde malignite saptandı. Toplam malignite oranı %1.8 olarak bulundu. Preoperatif ön tanımlarına göre malignite saptanma insidansı incelendiğinde, 812 lciomyom olgusunun 1 Tinde; 133 tedaviye dirençli kanama olgusunun üçünde; 160 över kisti olgusunun beşinde, 146 pelvik kitle olgusunun sekizinde malignite saptandı. Total / subtotal prolapsus, ektopik gebelik, endometrial hiperplazi öü tanımları ile opere edilen hiçbir olguda malignite saptanmadı (Tablo 1).

Lciomyom nedeni ile opere edilen 812 olgunun 610'unda (%75) postoperatif patolojik tanı lciomyom olarak doğrulandı. Olguların 127'sinde (%16) lciomyom + adenomyozis; 64'ünde (%7.8) adenomyozis; ikisinde (%0.24) Brenner tümör + lciomyom; altısında (%0.75) uterüs sarkomu; bir olguda (%0.12) tuba karsinomu + lciomyom; iki olguda (%0.24) endometrium karsinomu + lciomyom saptandı.

Tedaviye direçli kanama nedeni ile opere edilen 133 olgunun ikisinde (%1.5) preoperatif probe küretajda saptanamamış endometrium karsinomu; bir olguda (%0.75) granüloza hücreli över tümörü bulundu.

Tablo 1. Olguların tanılarına göre dağılımı

PREOPERATİF TANI	POSTOPERATİF TANI		
	Benign (%)	Malign (%)	Toplamı
t.ciomyom	801 (98.65)	II (1.35)	812
TDK	130 (97.7)	3 (2.3)	133
Over Kisti	155 (96.8)	5(3.2)	160
Pelvik Kitle	138 (94.5)	8 (5.5)	146
Total - Subtotal Prolapsus	110(100)	0(0)	110
Ektopik Gebelik	90 (100)	0 (0)	90
Endometrial Hiperplazi	80 (100)	0(0)	80
Toplam	1504 (98.2)	27(1.8)	1531

Tablo 2. Malign olguların yaşa göre dağılımı

TANI	YAŞ					Toplamı
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	
Leiomyosarkomı	1	2	2	1		6
Endometrium Ca				2	2	4
Over Ca	1	6	5	3		15
G.I.S Ca		1				1
Tuba Ca				1		1
Toplam	2	9	7	7	2	27

Over kisti nedeni ile opere edilen 160 olgunun üçünde (%1.8) borderline over tümörü; birinde (%0.6) jejunumda leiomyosarkomı + basil over kisti; birinde seröz kist adeno karsinom (%0.6) bulundu.

Pelvik kitle ön tanısı ile opere edilen 146 olgunun sekizinde (%5.4) malignite saptandı. Sekiz olgunun dördünde borderline over tümörü gözlenirken bir iyi diteransiye granüloza hücreli tümör; bir dışgerminom; bir endometrioid adenokarsinom; bir seröz papiller kistadenokarsinom saptandı.

Total veya subtotal prolapsus nedeni ile hislerektomi olan, ayrıca ektopik gebelik veya endometrial hiperplazi nedeni ile opere edilen 280 olgunun postoperatif patolojik incelemelerinde maligniteye rastlanmadı.

Malignite saptanan 27 olgunun 16'sı (%55) 25-44 yaş grubunda olup üreme çağındaki olgulardı. Ayrıca bu grup over karsinom insidansının en yüksek olduğu gruptu. Olguların tümü üreme çağında veya perimenopozal dönemdeydi (Tablo 2).

Malign olgular semptomlarına göre incelendiğinde leiomyosarkomı olgularının tümü anor-

mal vaginal kanama ile kendini belli ederken, üç olguda karın ağrısı, bir olguda karın şişliği, bir olguda da disüri yakınması vardı. Over kanser olgularında en sık gözlenen semptom kasık ağrısı iken. bu semptomu anormal vaginal kanama, karın şişliği, disüri yakınması izledi. Endometrium kanseri (Ca) olgularının tümünde anormal vaginal kanama gözlenirken birinde karın ağrısı; tuba ve GIS kanseri olgularında kasık ağrısı semptomu vardı (Tablo 3).

Postoperatif leiomyosarkom tanısı alan beş olgunun hiçbirinde preoperatif probe küretajda maligniteye; ultrasonografik kontrolde hızlı büyüme patenime rastlanmadı. Bir olgu ise abondan vajinal kanama nedeni ile acil operasyona alındığından preoperatif probe küretaj yapılamadı. Endometrium Ca olgularının preoperatif probe küretaj sonuçlarında, dört olguda proliferatif endometrium, bir olguda sekretuar endometrium varlığı rapor edildi. Olguların hiçbirinde preoperatif probe küretajda malignite saptanamadı.

Tuba ve over karsinomu saptanan olguların evreleri, histopatolojik tiplerine göre Tablo 4'de özetlendi. Over karsinomu tanısı alan 15 olgunun beşi epitelial, ikisi sexcord stromal. biri germ

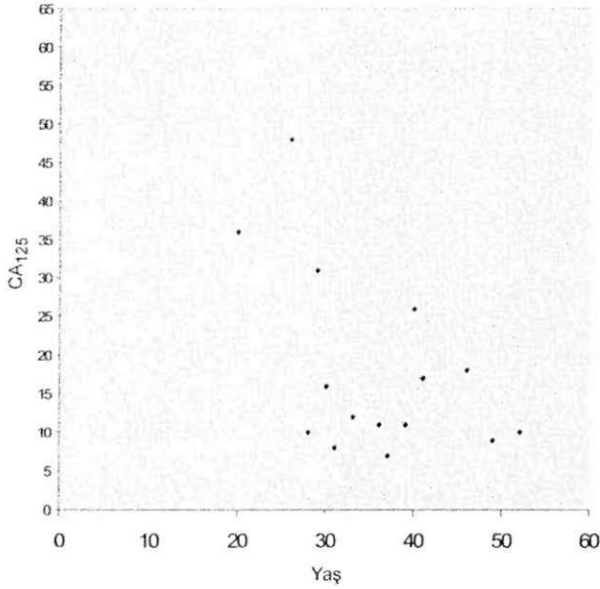
Tablo 3. Malign olguların semptomlarına göre dağılımı

TANI	SEMPTOM				Toplamı
	Anormal Vajinal Kanama	Karın Şişliği	Abdomino-Pelvik Ağrı	Disüri	
LMS	6	1	3	1	11
Över Ca	4	7	12	1	24
End. Ca	4		1		5
Tuba Ca			1		1
GIS. Ca			1		1
Toplam	14	8	18	2	42

- Bir olguda birden fazla semptom gözlemlenebildi.

Tablo 4. Olguların evrelerine ve histolojik tiplerine göre dağılımı

Histolojik Tip	Evre				Toplam
	I	II	III	IV	
	a	b	c	e	
Epitelyal	4			1	5
Sex Cord Stromal	2				2
Germ Cell	1				1
Borderline	7				7
Tuba Ca					1
Toplam	14	1	1	1	16

**Şekil 1.** Over kanser olgularında yaşa göre CA₁₂₅ dağılımı.

hücreli, yedisi borderline över tümörü olup, evre Ic olan bir epitelyal over tümörü dışında tüm olgular evre Ia idi. Leiomyosarkom olgularının hepsi evre I olup; biri high grade, beşi low grade; Endometrium

Ca olgularının üçü evre Ia G1, biri ise evre Ib G2; tuba Ca olgusu ise Evre IIc idi.

Olguların yaşa göre Ca₁₂₅ değerlerinin dağılımına bakıldığında tüm olguların Ca_{p5} değerleri 65 U/ml'in altındaydı. Yaşları 20, 26 olan iki olgunun ise Ca₁₂₅ değerleri sırasıyla 36, 48 U/ml olup 35-65 U/ml arası değerdeydi (Şekil 1).

Tartışma

Günümüzde benign, borderline ve malign ayırım kriterleri giderek daha hassaslaşmakta ve ileri teknolojik ilerlemelerle preoperatif dönemde primer yaklaşım planlanarak, olguların çoğunda optimal prognoz sağlanabilmektedir. Ancak pratik olarak mevcut yöntemlerle hem hazırlanma, alınma ve laboratuvar koşullarına bağlı olarak hem de yöntemlerin spesifite ve sensitivitesine bağlı olarak preoperatif % 100' lük tanılabilirlik oranına ulaşmak olası değildir (3-5). Halen, jinekoloji kliniklerinde intra ve postoperatif beklenmeyen malignitelere rastlanabilmektedir. Bu gibi olgular da, jinekoonkologlar, suboptimal onkoredüktif cerrahiyle yetersiz tedavi olan ve yetersiz evrelendirilen olgularla ancak postoperatif dönemde

karşılaşmaktadırlar. Sonuçta olguların tedavi ve prognoz tayini sorun oluşturmaktadır, ikinci bir laparotomiyic gidilebilmektedir. Bu çalışmada olguların çoğu düşük grade ve erken evre grubunda olmalarına rağmen yaklaşık %50'si devredildikleri jinekolojikonkoloji kliniğince cvrcicendirici relaparotomiye alındı. Üreme çağındaki kadınlarda over kaynaklı tümörlerin %90'ı benignidir. Bu oran premenopozal dönemde %30'a düşmekle, postmenopozal dönemde ise adneksiel kitlelerin tamamı başlangıçta malign kabul edilmektedir (5). USG de solid element, asit ve papiller yapıların varlığı, komşu organ invazyonunun gösterildiği durumlarda malignite lehine tanı kolaydır. Omental ve peritonca! kitleler, karaciğerde metastatik noduler oluşumlar, kapsül rüptürü, psödo miksoma peritonei ve intra abdominal sıvı görülmesi maligniteye işaret eder. USG kitle tespitinde %97, doku karakterizasyonunda % 84 doğruluğa sahiptir. Metastatik hastalık öncesi erken tanı ise her zaman güçlükler oluşturabilmektedir. Semptomların tümörle ilişkilendirilememesi, solid-kistik veya semisolid yapıların hem malign, hem borderline, hemde benign tümörlerde görülebilmesi; serviks kanseri dışındaki genital kanserlerde uygun tarama yönteminin olmaması; pelvik USG' nin iki cm altındaki tümör varlığını gösterememesi ve USG'nin pozitif prediktivitesinin %75'i, Ca₁₂₅ pozitif prediktivitesinin %75'i aşmamasından dolayı ayırıcı tanıda sorunlarla karşılaşmaktadır.

Leiomyomalar en sık konulan histerektomi endikasyonudur. Bu tanının histopatolojik olarak doğrulanması her zaman mümkün olmamaktadır. Yörükoğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada en sık konulan histerektomi endikasyonu leiomyom olduğu (%51) preoperatif bu tanıların %84'ünün postoperatif patolojik tanımlarla doğrulandığı belirtilmiştir (5). Parker ve arkadaşları leiomyoma ön tanısıyla operasyona alınan 1332 olgunun %76'nında bu tanıyı histopatolojik tetkikle doğrularken, %12 olguda leiomyom, adenomyozis birlikteliği, %5 olguda adenomyozis, %4 olguda dejenere myom, %1 olguda cellüler leiomyoma, bir olguda leiomyoma - intraperitoneal leiomyomatozis birlikteliği, iki olguda endometrial stromal sarkom, iki olguda leiomyosarkom, iki olguda endometrial kanser, yedisinde endometrioma, üçünde tekoma, birinde brenner tümör ve birinde ovarian fibrom saptamışlardır. Sekiz olguda ise cerrahi sırasında

herhangi bir hastalık gözlememişlerdir (2). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla oldukça uyumludur.

Utérine sarkomlar myomlara benzer şekilde, utérin kanama, abdominal ağrı ve şişlik ile erken semptom verebilirler. Rutin kontrolleri yapılan myom olgularında hızlı büyüme gözlenmesi sarkom lehine yorumlanabilir (%). (13). Ancak bazı çalışmalar sarkomlarda hızlı büyüme paterninin olguların sadece %10'unda gözlenebildiğini bildirmektedir (6,7). Leiomyosarkomların %53'ii submukozal yerleşimli olup, ancak %33'iinde endometrial biyopsilerle tanı konulabilmektedir. Bazen frozenda bile tanı konulamamakta ve fertilité nedeniyle konservatif davranılan olgularda postoperatif sorunlarla karşılaşabilmektedir. Bu çalışmamızda myom ön tanılı 812 olgunun altısında leiomyosarkom tanısı postoperatif dönemde konulmuştur. Altı olgunun tümünde majör semptom anormal utérine kanama olup, olguların hiçbirinde USG ile hızlı büyüme paternine rastlanmamıştır. 15-24 yaş grubundaki bir leiomyosarkom olgusuna hospitalizasyonun ilk günü abondan vaginal kanamadan ötürü acil histerektomi yapıldığından probe küretaj yapılamamıştır. Diğer beş olgunun rutin problerinde preoperatif malignite tanısı konulamamıştır.

Sunulan çalışmada 15 över karsinomu olgusunun 12'si üreme döneminde olup 15-44 yaş grubunda, üçü ise perimenapozal dönemde idi. Postmenopozal över karsinomu olgusuna ise rastlanmadı (Tablo 2). Bunun nedeni postmenopozal overyal kitlelerin malign kabul edilip jinekolojikonkoloji kliniğine preoperatif dönemde devredilmesiyle açıklanabilir. Ayrıca malign olguların biri hariç hepsi premetastatik dönemde yakalanan düşük grade erken evre olgulardır. İleri evre bir tek tuba karsinomu olgusu ise batın yıkama sıvılarının pozitifliği ve omental mikroskopik metastazlar nedeniyle evre ile olarak kabul edildi.

Fletcher ve arkadaşları normal büyüklükteki överlerde yapısal değişiklik yapan erken kistik tümörlerin ve 0.5-2cm'lik solid tümörlerin USG ile saptanamadığını ve malign benign ayırımında pozitif prediktifitenin % 75'i aşmadığını bildirmektedir (8). Bu çalışmada myomlara eşlik eden üç ve üçbuçuk santimetre çaplı iki brenner tümörü ne pelvik muayenede ne de USG ile saptanamadı. Ca₁₂₅ değerleri ise <35 IU/ml olarak kaydedildi.

Çeşitli klinik araştırmalar over karsinomlarının %40-75'inde palpable pelvik kitle, %20-30'unda asit varlığı, %Tinde ise negatif bulgu olduğuna işaret etmektedir (9,10)

Sassonc ve arkadaşları 1991 yılında önerdikleri yeni bir skorlama sistemi ile transvaginal USG kullanarak benign - malign ayırımını %100 sensitivitede yapılabileceğini iddia etmişler (11), ancak 1993 yılında Sassonc skorlama sisteminin sensitivitesinin %96.8, spesifitesinin %77 ve pozitif prediktivitesinin %33 olduğu kaydedilmiştir (12). Sonuçta kompleks ve yüksek skorlu benign lezyonlarda tanısal sorunlar çözülmemiştir. Saptanan her malign tümöre karşın birçok benign kitlelerin olabileceği de bir gerçektir. Serimizde over kisti ön tanı 160 olgunun sadece beşinde (%3), adneksiyel kitle ön tanı 146 olgunun sekizinde (%5.4) malignite saptadı (Tablo 1).

CT, MR1, transvaginal - transrectal USG, monoklonal antikolarla görüntüleme yöntemleri ve renkli dopplerdeki gelişmelerle malign - benign ayırımı kesinleştirilmeye çalışılmaktadır. Jain ve arkadaşları endovaginal USG'nin pelvik kitle değerlendirilmesinde MRI'ya üstün olduğunu kaydetmişlerdir (13). Ayrıca Schneider ve arkadaşları doppler sonografmin klasik sonografiye çok az üstün olduğunu; endometrioma, leiomyoma ve benign overyal tümörlerde yüksek yalancı pozitifliğinin saptandığını belirtmiştir (14). Serimizde malign çıkan hiçbir olguya preoperatif CT, MRI, Doppler incelemesi yapılmamıştır.

Jinekolojik tümörlerde anormal üretilen hormon, protein ve enzimlerin varlığı ve bunların hangi türlerde belirteç olduğu bilinmektedir. Bunların en başında gelen Ca_{125} , %80-90 doğrulukla benign malign ayırımını vermektedir. Ancak bu belirteç gebelik, endometriozis, adenomyozis, benign over tümörleri, peritonun kronik inflamatuvar hastalıklarında da yükselmektedir. Ayrıca müsinöz kistadenomlarda da nadiren yüksek $Ca_{p,s}$ değerleri görülebilmektedir. Ca_{125} eşik değeri >35 IU/ml olarak alındığında spesifite %82, sensitivite %78.3, doğruluk oranı %80.4; >65 IU/ml olduğunda spesifite 92.5, sensitivite %71.7, doğruluk oranı %80.4; Ca_{125} >65 IU/ml olarak alınıp USG ile kombine edildiğinde ise spesifite %96.1, sensitivite %91.7, doğruluk oranının %94.3'e çıktığı belirtilmiştir (15). Şahin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada

ise $Ca_{p,s}$ eşik değerinin 35 IU/ml'den 65 IU/ml'ye yükseltilmesi ile spesifitenin %72'den %82.7'ye yükseldiği gösterilmiştir (16). Bizim çalışmamızda $Ca_{p,s}$ eşik değeri 65 IU/ml olarak alındı. Erken evre over karsinomlarında ise $Ca_{p,s}$ sensitivitesi oldukça düşüktür.

CT'nin over karsinomu tanısında sensitivitesi %70, spesifitesi %58 bulunmuştur ve CT ile benign tümörlerin %35'i malign olarak yorumlanabilmektedir (17). CT ile tümör yayılımı gözlenebilmekle beraber evreleme açısından laparotominin yerini dolduramamaktadır. Özellikle evre I over karsinomu ile benign neoplazilerin varlığında yetersiz olduğu bildirilmektedir

Tuba karsinomu sıklıkla diğer patolojilerden şüphelenirken rastlantısal bulguyla karşımıza çıkmaktadır. Ca_{125} tayini yararlı olmakla birlikte diğer jinekolojik malignite, hatta benign tümörlerle ayırımı verememektedir. Başlangıç semptomların süresi kısa olup, malign, benign hastalıkları taklit edebilmekte ve bazen uzak metastazlarla karşımıza çıkmaktadır (18). Serimizde tek tuba karsinomunun preoperatif tanısı myoma uteri olup, intraoperatif unilateral tubal kitle ve fimbrial uçtaki papiller oluşumlardan dolayı frozen istenerek sitolojisi alınmış ve evre IIc tuba karsinomu + myoma uteri tanısı ile optimal debulking yapılmıştır.

Endometrium karsinomlarının çoğu anormal uterin kanamalı olgularda yakalanmaktadır. Nadiren karşılaşılan tanısal güçlük, şiddetli hiperplazi ile erken ve fokal endometrium karsinomu ayırımından kaynaklanmaktadır ve hatta frozen section ile histopatolojik preparatların kaset takibinde bile güçlüklerle karşılaşılabilmektedir. CVS'nin endometrium karsinomu tanısında doğruluk oranı ise %45'i aşmamaktadır (19). Aspirasyon biyopsileri ve smear kombinasyonu ile tanısal doğruluk %88.7'ye ulaşabilmektedir. Novak küret, Z - sampler ve pipelle ile olguların %15-17,5'inde tanı konulmadığı gözlenmiştir (3,20). Sunulan seride perimenapozal dönemdeki tedaviye dirençli kanamalı iki olgu, myoma uteri ön tanılarıyla opere edilen iki olgudan oluşan ve preoperatif dönemde en az bir kez yapılan probe küretaj ile saptanamamış dört endometrium karsinomu kliniğimizde rutin olarak yapılan probe küretajın en güvenilir tanı yöntemi olduğunu gösterdi.

İlk kez 1896 yılında tanımlanan Krugenberg tümörlerinde de tanı konulması güçtür. Literatürde preoperatif GIS taramalarına rağmen tanısı konulamayan sekonder pelvik maligniteler bildirilmektedir (21). Kliniğimizde, 25-34 yaş grubunda olan USG' inde 85'65 mm'lik ince septalı kistik oluşum dışında patolojik bulgu saptanmayan, anemisi olmayan tümör belirteçleri normal sınırlarda olan bir olgu GIS taramaları yapılmadan öpere edilerek jejünümde nadir görülen leiomyosarkom + basit over kisti ile karşılaşıldı; olgu kitle ve kist ekstirpasyonu sonrası medikal onkolojiye devredildi.

Jinekolojik kanserlerde erken tanı ve optimal yaklaşım prognozu oldukça etkiler. Over karsinomu, fizik muayene ile %64, USG ile %67, Ca₁₂₅ ile %72, CT ile %70-91, MRI ile %64-88 oranında tanınabilmektedir (22-23). internal lezyonlar için fine needle aspirasyon biyopsi sonuçları ümit vermektedir (24).

Pelvik kitle kaynağını saptamak için diagnostik laparoskopi ve endometrial patolojiler için diagnostic historoskopiyi öneren çeşitli çalışmalar mevcuttur. Tüm tamsa! uğraşların amacı, uzman ellerde primer yaklaşımlarla sağkalım oranını artırmaktır. Gelecekte pozitif prediktivitesi %100 olan tanısal yöntemlerle bu amacın gerçekleşeceği umulmaktadır.

KAYNAKLAR

- Parker WH, Yao SF, Berek JS. Uterine sarcomas in patients operated on for presumed leiomyoma and rapidly growing leiomyoma. *Obstet Gyneecol* 1994; 83 (3): 414-16.
- Hutton JD, Morse AR, Anderson NC. Endometrial assesment with isaacs cell sampler. *Br Med J* 1978; 1: 947-50.
- Tao LC, Weisbrod G, Ritehey EL. False pozitive results in diagnostic cytology. *Acta Cytol* 1984; 28:450-53.
- Setlis A, Chen P. Cytology. *Gynecol and Obstet (Ed Seiarra)* 1987; I: 1-25.
- Yörükoğlu K, Koyunctoğlu M, Çakalağaoğlu F, Göre O, Özer E, Yalçın N. Flisterektomi endikasyonlarının histopatolojik inceleme ile doğrulanma oranları. *Medial İhtisas Dergileri* 1993, Ağustos: 110-11
- Schwartz L, Diamond M, Schwartz P. Leiomyosarcomas; Clinical Presentation. *Am J Obstet Gyneecol* 1993; 168:180-3.
- Evans I-IL, Chawia SP, Simpson C. Smooth muscle neoplasms of the uterus other than ordinary leiomyoma. *Cancer* 1988; 62: 2239-47.
- Fleisher A, Daniell J, Radier J. Sonographic monitoring of ovarian follicular devolpment. *J Clin Ultrasound* 1981; 9: 275-80.
- Berek JS, Hacker N. *Practical Gynecologic Oncology*: Williams & Wilkins; 1989: 314-26.
- Parker RJ, Parker CH, Wilbanks GD. Cancer of ovary. *Am J Obstet Gyneecol* 1970; 108: 878-80.
- Sassone AM, Tumor- Tritsch IE, Artner A, Westhoff C, Warren WB. Transvaginal characterization of ovarian disease: Evaluation of a new scoring system. *Obstet Gyneecol* 1991; 78: 70-6.
- Lerner JP, Timor- Tritsch IE, Federman A, Abramovicli G. Transvaginal ultrasonographic characterization of ovarian masses with an improved weighted scoring system: *Am J Obstet Gyneecol* 1994; 170: 81-5.
- Jain KA, Friadman DL, Pettinger J. Pelvic Masses: Comparison of specifity of endovaginal USG and pelvic MRI. *Radiology* 1993; 186: 697-704.
- Sehneider VL, Schneider A, Reed KL, Hatclı KD. Comparison of doppler with two- dimensional sonography and Ca125 for prediction of malignancy of pelvic masses. *Obstet Gyneecol* 1993; 81: 983- 8.
- Maggino T, Gaducci A, D'Addario. VD, Peerolli S, Lissoni A, Stella M, Romagnolo C, Fedcrghini M, Zucca S, Trio D, Trovo S. Prospective multicenter study on Ca 125 in postmenapausal pelvic masses. *Gynecol Oncol* 1994; 54:117-23.
- Şahin Y, Ayata D, Muhtaroğlu S, Ökten S. Pelvik kitlelerle preoperatif serum Ca125 değerleri. *T. Klin. Jinekoloj Obstet* 1993; 3: 225-8.
- Petru E, Schmith F, Mikosch P, Pichel H, Lahousen M, Tamussino K, Gruendler N, Posch E. Abdominopelvic Computed Tomography in preoperative evaluation of suspected ovarian masses. *Int J Gynecol Cancer* 1992; 2: 252-5.
- Rosen AC, Klein M, Rosen HR, Graf AH, Lahousen M, Reiner A, Vavra N, Auerbach L. Preoperatif and postoperative Ca125 serum levels in primary fallopian tube carcinoma. *Arch Gyneecol Obstet* 1994; 255: 65-8.
- Cramer. DW, Knapp RC. Review of epidemiologic study of endometrial cancer and exogenous estrogen. *Obstet Gyneecol* 1979; 54: 521-3.
- Larson DM, Bruce R, Krowisz. Johnson KK, Broste KS. Comparison of the Z- Sampler and Novak endometrial biopsy enstrumnt for in office diagnosis of endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 1994; 54: 64-7.
- Roley KM, Hafez GR, Buchler DA. The consequences of unsuspected secondary ovarian neoplasia: A clinical presentation of four case histories. *Gynecol Oncol* 1990; 36:277-80.
- Baist MR, Golding RP, Burger CW, Vermorken JB, Kenemans P, Schutter EMJ, Baak JPA, Heitbrink MA, Falke THM. Comparitive evaluation of diagnostic methods in ovarian carsinoma with emphasis on CT and MRI. *Gynecol Oncol* 1994; 52: 191-8
- Gissain MA, Buy JN, Lignerres C, Bazot M, Hassen L, Malbek L, Hugol D. Epithelial tumors of the ovary. Comparison of MRI and CT findings: *Radiology* 1991; 181:863-70.
- Zanetta G, Brenna A, Pittelli M, Lissoni A., Trio D, Riotta S. Transvaginal ultrasound- guided fine needle sampling of deep cancer requrrences in pelvis: Usefulness and limitation. *Gynecol Oncol* 1994; 54: 59-63.